

BANDO DI SELEZIONE CORSO: OPERATORE SOCIO SANITARIO

CORSO COFINANZIATO



SEDE DI GALTELLI'

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA 2° EDIZIONE DEL CORSO

(i campi sotto elencati devono obbligatoriamente essere tutti compilati)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____ genere (barrare) M F

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ N° _____ CAP _____

(se diverso da residenza)

domiciliato a _____ Prov. _____ in Via _____ N° _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____ Codice Fiscale _____

E-mail: _____

CHIEDE

Di poter partecipare alla frequenza al corso per
OPERATORE SOCIO SANITARIO

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare e completare con i dati richiesti)

- di aver preso visione del bando integrale;
- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino comunitario e di, di avere una conoscenza della lingua italiana sufficiente per una proficua frequentazione del corso;
- di avere la maggiore età;
- di non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere condanne penali pendenti;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica;
- di essere in possesso di titolo di studio non inferiore alla licenza della scuola secondaria di primo grado (ex licenza media);

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- Fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità;

N.B L'Agencia Formativa Evolvere si riserva la possibilità in fase di definizione delle graduatorie di richiedere copia dei documenti per la verifica dei requisiti richiesti in fase di ammissione .

DATA _____ FIRMA(PER ESTESO) _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy) e del Regolamento 679/2016 (Regolamento europeo sulla protezione dei dati o GDPR) e successive modificazioni: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

DATA _____ FIRMA(PER ESTESO) _____

Il presente modulo dovrà pervenire all'Agencia Evolvere, pena l'esclusione, entro i termini stabiliti dal bando integrale tramite raccomandata A/R, tramite PEC all'indirizzo evolvere@postecert.it dell'Agencia Formativa Evolvere di Nuoro in Viale Repubblica n° 39.